

اثربخشی درمان وجودی بر احساس تنهایی و اضطراب مرگ در سالمندان

✉ دکتر اسماعیل صدری دمیرچی

دانشگاه محقق اردبیلی

شکوفه رضانی

دانشگاه محقق اردبیلی

دریافت: ۱۳۹۵/۰۲/۲۲

پذیرش: ۱۳۹۵/۰۴/۱۲

در سال‌های اخیر جمعیت سالمندان بطور چشمگیری افزایش یافته است. جامعه‌ی سالمندان به دلیل کاهش فعالیت و تحرک، از دست دادن دوستان و نزدیکان، کاهش حمایت‌های اجتماعی، ضعف و ناتوانی‌های جسمی و انزوای اجتماعی، احساس تنهایی و اضطراب مرگ بیشتری را تجربه می‌کنند. بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان وجودی بر احساس تنهایی و اضطراب مرگ در سالمندان انجام گرفت. این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل کلیه‌ی سالمندان مرکز ثارا شهر سنندج بود. ابتدا پرسشنامه‌های احساس تنهایی و اضطراب مرگ توسط کلیه‌ی سالمندان تکمیل گردید و از بین سالمندانی که نمره‌ی برابر یا بالاتر از نقطه‌ی برش در پرسشنامه‌های احساس تنهایی و اضطراب مرگ کسب کرده بودند، ۳۰ نفر به طور تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین گردیدند. سپس برنامه درمان وجودی، طی ده جلسه‌ی شصت دقیقه‌ای برای گروه آزمایش اجرا گردید و طی این مدت گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از پایان برنامه آموزشی، پرسشنامه‌ها مجدداً برای هر دو گروه به عنوان پس‌آزمون اجرا گردید. داده‌ها با استفاده از آزمون کوواریانس مورد تحلیل و بررسی قرار گرفتند. نتایج نشان دادند که درمان وجودی موجب کاهش احساس تنهایی و اضطراب مرگ در گروه آزمایش شده است. در نتیجه لزوم کاربست درمان‌های متمرکز بر مشکلات خلقی و عاطفی سالمندان به ویژه کاهش احساس تنهایی و اضطراب مرگ ضروری می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: درمان وجودی، احساس تنهایی، اضطراب مرگ، سالمندان

افزایش چشمگیر جمعیت سالمند در سراسر دنیا پدیده‌ای است که از قرن بیستم آغاز شده است. سازمان ملل در سال ۲۰۰۶ تعداد کل سالمندان دنیا را حدود ۷۰۰

میلیون نفر برآورد کرده است و پیش‌بینی می‌شود که این جمعیت در ۴۰ سال آینده دو برابر شود (قلی‌زاده و شیرانی، ۱۳۸۹). طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی امید به زندگی در ایران، در مردان ۶۷ سال و در زنان ایرانی ۷۱ سال است که نشان می‌دهد آمار سالمندان ایرانی نیز رو به افزایش است و جامعه در آینده در برابر مسائل جدی مربوط به سالمندان و حل مشکلات آنها قرار خواهد گرفت. بنابراین سالمندی و شرایط ویژه‌ی افراد سالمند و تأمین بهداشت روانی و جسمانی آنها از جمله مسائلی

اسماعیل صدری دمیرچی، استادیار گروه علوم تربیتی، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، ایران؛ شکوفه رضانی، کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، ایران.

✉ مکاتبات مربوط به این مقاله باید خطاب به اسماعیل صدری دمیرچی، استادیار گروه علوم تربیتی، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، ایران باشد.

پست الکترونیکی: e.sadri@uma.ac.ir

است که توجه ویژه‌ای را می‌طلبد (میرزائی و قهفرخی، ۱۳۸۶)

عوامل فردی مانند سن، جنس، نژاد و ویژگی‌های اجتماعی و فرهنگی و اقتصادی در زمان و میزان سالمندی تأثیرگذار است. تغییرات ایجاد شده در دوران سالمندی شامل مسائلی همچون کاهش توانایی‌های فیزیکی، تغییر پاسخ بدن به داروها، تجربه‌ی وقایع مهم زندگی همچون بازنشستگی، اقامت در خانه‌های سالمندان و کاهش درآمد (قربانعلی‌پور، اسماعیلی، ۱۳۹۱)، کم شدن موقعیت‌ها برای برقراری ارتباط‌های اجتماعی، از دست دادن حمایت اجتماعی و مشارکت کمتر در جامعه (کایسا، سیرپا و آیرما، ۲۰۱۶)، و از دست دادن استقلال که تأثیر عمیقی بر هویت این افراد دارد (لیبینگ، گوبرمان و ویلز، ۲۰۱۶) می‌شود. تمامی این عوامل می‌تواند منجر به ایجاد احساس تنهایی در سالمندان شود. از طرفی، افزایش روزافزون جمعیت سالمندان و از طرف دیگر، تغییرات اجتماعی-اقتصادی و شیوه‌ی زندگی فردی و خانوادگی باعث افزایش تعداد مؤسسات نگهداری سالمندان شده است.

پذیرش در سرای سالمندان، پیامدهای روحی را بر می‌انگیزاند؛ از جمله احساس طرد شدن، تنش روانی، افسردگی، تزلزل، از دست دادن خانه و شانس داشتن خانواده و دوستان؛ به طوریکه در میان جابه‌جایی‌های مختلف، انتقال به سرای سالمندان به عنوان مهم‌ترین جابه‌جایی تأثیرگذار بر سالمندان شناخته شده است (سادوک، سادوک و روئیز، ۲۰۰۷/۱۳۸۷). ورود به سرای سالمندان بیشترین سطح تنیدگی و ترس را در سالمندان می‌انگیزاند. تقریباً تمام سالمندان به ویژه آنهایی که مقیم مؤسسات هستند، بسیاری از فقدان‌های اجتماعی و نارسایی‌ها را در شبکه‌ی حمایت اجتماعی تجربه می‌کنند (وینینگام و پیک، ۲۰۰۷). نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که سطح سلامت روانی در بین سالمندانی که در محیط خانواده زندگی می‌کنند در مقایسه با سالمندانی که در سرای سالمندان زندگی می‌کنند بالاتر است (همتی علمدارلو، دهشیری، شجاعی، و حکیمی‌نژاد، ۱۳۸۸).

هنگام صحبت درباره‌ی بهداشت روانی^۱ و به در دوران سالمندی، نمی‌توان مواردی از قبیل افسردگی^۲ و انزوا^۳ را از نظر دور داشت. در این میان احساس تنهایی^۴، پدیده‌ای گسترده و فراگیر است و ۲۵ تا ۵۰ درصد کل جمعیت بالای ۶۵ سال، آن را برحسب سن و جنس تجربه می‌کنند (چیانگ و همکاران، ۲۰۰۹). احساس تنهایی یکی از مسائل شناخته شده در میان سالمندان است. ساکنین خانه‌های سالمندی به دلیل از دست دادن حمایت اجتماعی، مشارکت کمتر در اجتماع و انزوای بیشتر، احساس غم و اندوه داشته که منجر به احساس تنهایی در آنها می‌شود (کایسا و همکاران، ۲۰۱۶). احساس تنهایی سالمندان یکی از مشکلات روانی و اجتماعی است که کمتر به آن توجه شده است. کاهش قوای جسمی و سلامتی و فوت نزدیکان، سالمندان را در خطر انزوا قرار می‌دهد و تنهایی در اواخر عمر برای بسیاری از آنان ناخوشایند و فرساینده است (ویلن، هدر، میچلن فلتز و ویلن، ۲۰۱۶). شیوع احساس تنهایی در بین سالمندان از ۲ تا ۱۰ درصد گزارش شده است (روتاسالو، ساویکو، تیلویس، استرانبرگ و پیتکال، ۲۰۰۶). بسیاری از سالمندان دوره‌ی پیری را به عنوان دوره‌ی تنهایی توصیف کرده و از آن به عنوان یک تجربه‌ی ناخوشایند و ترسناک یاد می‌کنند (همتی علمدارلو و همکاران، ۱۳۸۸). بنابراین به نظر می‌رسد که این مقوله به توجه خاصی نیاز داشته باشد (چیانگ و همکاران، ۲۰۰۹). پذیرفته نشدن از سوی دیگران و انزوای اجتماعی از علل مهم بیماری-های روانی در سنین سالمندی به شمار می‌روند (فخار، نوایی‌نژاد و فروغان، ۱۳۸۷). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که احساس تنهایی مقدمه‌ی افسردگی و فراموشی است (مکلنیز و وایت، ۲۰۰۱) و ادامه‌ی حیات را تحت تأثیر قرار می‌دهد (روتاسالو، ساویکو، تیلویس، استرانبرگ و پیتکال، ۲۰۰۶). نتایج پژوهش ایتولدار و گروتسکای‌اینا (۲۰۱۶) نشان داد افراد سالمندی که در خانه‌ی سالمندان زندگی می‌کنند از احساس تنهایی بیشتر و سرسختی روان‌شناختی کمتری نسبت به سالمندان ساکن در محیط خانواده برخوردارند. نتایج پژوهش ورنر و دمیترس (۲۰۱۵)

¹ mental Health

² depression

³ isolation

⁴ feeling lonely

درمان‌های مختلفی در زمینه‌ی بهبود وضعیت روان‌شناختی سالمندان اجرا گردیده است از جمله می‌توان به واقعیت‌درمانی، معنادرمانی، و درمان شناختی-رفتاری اشاره کرد. از جمله درمان‌های دیگری که می‌تواند در زمینه‌ی بهبود سلامت روانی و غنی‌سازی زندگی سالمندان تأثیرگذار باشد، درمان وجودی^۳ است (کوری و کوری، ۱۹۹۲؛ کوری، ۲۰۰۵). این نوع درمان ساختار مطلوبی برای کار روی مسائل وجودی مراجعان است که سؤال‌های عمیقی را درباره‌ی ماهیت وجودی انسان، اضطراب، ناامیدی، تنهایی و انزوا مطرح می‌کند و به جای سلب اختیار فرد، بر رابطه‌ی مراجع و درمانگر، مواجهه‌ی صادقانه، و تغییر به عنوان یک عمل شجاعانه، و کار از سوی مراجع تأکید می‌کند (کورسینی، ۲۰۰۸). درمانگر در این شیوه عمدتاً چالش منطقی و عقلانی با مراجع دارد تا سطح آگاهی و درک او از زندگی و مسائل آن را افزایش دهد (حسن‌آبادی، ۱۳۸۵). رویکرد وجودی در حوزه روان‌شناسی به عنوان وضعیتی مشترک برای همه‌ی افراد بدون توجه به فرهنگ، مذهب، قومیت و نژاد به مسائل عمیق و محوری همچون تنهایی، بی‌معنایی، مرگ و آزادی می‌پردازد (یودو، ملین جانسون، و دنیلسون، ۲۰۱۱). این رویکرد به جای تأکید بر بهبود بیماری یا بکارگیری مطلق تکنیک‌های حل مسأله برای تکلیف دشوار زندگی اصیل، بر درک آزادی، مسئولیت و ابراز صادقانه‌ی خویش تمرکز دارد. این رویکرد گروهی رویکرد پویایی است که بر چهار نگرانی اساسی یعنی مرگ، آزادی، تنهایی و بی‌معنایی که در وجود انسان ریشه دارند، تأکید دارد (عنظری و ضرغامی، ۱۳۸۸؛ کورسینی، ۲۰۰۸). هدف اصلی گروه‌درمانی وجودی کمک به حضور واقعی در هستی است؛ یعنی به اعضا کمک می‌کند تا با زندگی و پدیده‌های آن ارتباطی واقعی و صادقانه برقرار کنند و در واقع به جای تمرکز بر مشکلات بیرونی، بر روابط فعلی اعضا با یکدیگر تأکید دارد (اسنایدر و اینگرام، ۲۰۰۰). نوع نگرش و جهان‌بینی اگرچه می‌تواند بین بسیاری از افراد یا گروه‌ها مشترک باشد، اما از یک تعبیر و برداشت شخصی حاصل می‌شود. این جهان‌بینی عمدتاً به عنوان چارچوب فکری و برداشت فرد از نوع انسان، دنیا و زندگی تعریف می‌شود که می‌تواند از علم، مذهب، فلسفه و حتی باورهای حاصل از تجارب فردی نشأت بگیرد (کورسینی، ۲۰۰۸).

نشان داد که سالمندان چینی ساکن در سرای سالمندان احساس تنهایی زیادی را تجربه می‌کنند و عملکرد و حمایت خانواده می‌تواند احساس تنهایی آنها را کاهش دهد. لو و وایت (۲۰۱۴) نیز در پژوهشی نشان دادند که افراد سالمند احساس تنهایی بیشتری دارند که می‌توان با شرکت در فعالیت‌های اجتماعی، برنامه‌های فردی در اوقات فراغت و انجام ورزش احساس تنهایی آنها را کاهش داد. نتایج پژوهش آپاس و نویل (۲۰۱۰) نشان داد که احساس تنهایی در بین افراد ساکن خانه‌ی سالمندان به طور معنی‌داری بیشتر از سالمندانی است که با اعضای خانواده‌ی خود زندگی می‌کنند.

همچنین اضطراب^۱ مسأله‌ی شایع و فراگیر در دوره‌ی سالمندی است، زیرا این دوره مملو از انواع احساس کمبودها و ناتوانی‌ها است. به عبارتی، سالمندان به علت کاهش اعتماد به نفس، نقصان فعالیت و تحرک، از دست دادن دوستان و نزدیکان، کاهش استقلال مادی و جسمانی و ابتلا به بیماری‌های مزمن، در معرض افسردگی و اضطراب بیشتری هستند (چوپ، ۲۰۰۱). اضطراب مرگ^۲ یک ویژگی مشترک در میان سالمندان است که به معنای ترس از مردن خود و دیگران تعریف می‌شود (روگر، میشل، سو، گیل، و جوزفین، ۲۰۱۶). اندیشیدن به مرگ ترسناک بوده و اغلب مردم ترجیح می‌دهند به آن فکر نکنند (گالیوت اسپمیکل، و باومیستر، ۲۰۰۶) زیرا اضطراب و ترس از مرگ تجربه‌ی ناخوشایند و رایج انسان‌هاست (عبدالخالق، ۲۰۰۹). مطالعات تجربی نشان داده ترس از مرگ، در دوران میانسالی و اواخر زندگی برجسته‌تر است (فونتولکیس، سیمولی، مگریا، و کاپرینیس، ۲۰۰۸). نتایج پژوهش روگر و همکاران (۲۰۱۶) نشان داد که سالمندان ترس از مرگ بیشتری در مقایسه با سایر افراد تجربه می‌کنند. همچنین ساینی، پاتیدار، کایور، کایور و کایور (۲۰۱۶) نشان دادند که افراد مبتلا به دردهای مزمن پزشکی و سالمندان اضطراب مرگ بیشتری را تجربه می‌کنند. کیم و پارک (۲۰۱۶) نیز به نتایج مشابهی در بررسی اضطراب مرگ در سالمندان کره‌ای دست یافتند و نشان دادند مداخلات روان‌شناختی به منظور کاهش اضطراب مرگ برای سالمندان لازم به نظر می‌رسد.

¹ anxiety

² death Anxiety

³ existentialism treatment

روش

طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر از لحاظ روش نیمه آزمایشی می‌باشد که در آن از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر را کلیه‌ی افراد سالمند ساکن سرای توانبخشی سالمندان آرا شهر سنندج در سال ۹۴-۱۳۹۳ تشکیل می‌دادند. از جمله معیارهای ورود به درمان، عدم تشخیص در یکی از محورهای راهنمای تشخیص آماری اختلال‌های روانی، عدم دریافت داروهای روانپزشکی برای مدت بیش از دو هفته قبل از شروع مداخله، عدم شرکت همزمان در برنامه‌ی درمانی دیگر، داشتن سواد خواندن و نوشتن، و کسب نمره‌ی بالاتر از یا برابر با نقطه‌ی برش پرسشنامه‌های احساس تنهایی و اضطراب مرگ بود. افراد دارای شرایط فوق و مایل به همکاری با کسب رضایت‌نامه کتبی وارد پژوهش شدند. از جمله ملاک‌های خروج، عدم تمایل به ادامه‌ی درمان و عدم مشارکت و همکاری در فرایند اجرای درمان و غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمان بود.

ابزار

مقیاس احساس تنهایی^۱. ساخت و اعتباریابی مقیاس برای اولین بار توسط دهشیری در بین دانشجویان ایرانی صورت گرفته است. این مقیاس دارای سه عامل تنهایی ناشی از روابط خانوادگی (۱۶ سؤال)، تنهایی ناشی از ارتباط با دوستان (۱۱ سؤال) و نشانه‌های عاطفی تنهایی (۱۰) سؤال تشکیل شده است و در کل ۳۸ سؤال دارد. مقیاس احساس تنهایی و سه خرده مقیاس آن از همسانی درونی قابل قبولی برخوردار است. ضرایب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱، و خرده مقیاس‌های تنهایی ناشی از ارتباط با خانواده ۰/۰۸، تنهایی ناشی از ارتباط با دوستان ۰/۸۸، و نشانه‌های عاطفی تنهایی ۰/۷۹ است. اعتبار بازآزمایی مقیاس در مورد ۳۷ نفر از دانشجویان با فاصله‌ی زمانی دو هفته برای کل مقیاس ۰/۸۴، خرده مقیاس‌های تنهایی ناشی از ارتباط با خانواده ۰/۸۳، تنهایی ناشی از ارتباط با دوستان ۰/۸۴ و نشانه‌های عاطفی تنهایی ۰/۷۶ بوده است. این ضرایب بیانگر ثبات نمرات مقیاس تنهایی در طول زمان است (دهشیری، ۱۳۸۷). نمره‌گذاری با استفاده از مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (طیف ۰ تا ۴) صورت می‌گیرد

پژوهش‌های مختلفی به بررسی درمان‌های مختلف بر احساس تنهایی و اضطراب مرگ پرداخته‌اند. پژوهش رنجبران، کیانی، زارع و شایقیان (۱۳۹۴) حاکی از اثربخشی معنادرمانی بر احساس تنهایی سالمندان مقیم سرای سالمندان بود. کجباغ، قاسمیان نژاد جهرمی و احمدی فروشانی (۱۳۹۴) تأثیر گروه‌درمانی معنوی و وجودی بر میزان افسردگی، اضطراب مرگ و باور به ادامه‌ی حیات پس از مرگ با تکیه بر گزارش‌های افراد تجربه‌کننده‌ی مرگ در دانشجویان نشان دادند که این مداخلات به طور معناداری بر کاهش افسردگی و اضطراب مرگ تأثیر داشته است. پژوهش سودانی، شجاعیان و نیسی (۱۳۹۱) حاکی از آن بود که معنادرمانی گروهی موجب کاهش احساس تنهایی مردان بازنشسته شد. به علاوه، اثر آن در مرحله‌ی پیگیری همچنان تداوم داشت. نتایج مطالعه‌ی اصغری، علی‌اکبری و دادخواه (۱۳۹۱)، با ۲۰ نفر از سالمندان زن فرهنگسرای سالمند نشان داد که معنادرمانی گروهی به عنوان روش توانبخشی در بهبود افسردگی سالمندان تأثیر بسزایی دارد. پژوهش اسپیک، نوکلک، سوئیپرس و پپ (۲۰۰۸) در خصوص مقایسه‌ی اثربخشی معنادرمانی گروهی حضوری و معنادرمانی اینترنتی غیرحضوری بر کاهش افسردگی ۱۳۰ سالمند نشان داد، افسردگی در هر دو گروه کاهش قابل ملاحظه‌ای داشته است، اما اثربخشی معنادرمانی گروهی به صورت حضوری بیشتر بوده است. بریتبار، گیسون، برگ (۲۰۰۴) پژوهشی در زمینه‌ی تأثیر معنادرمانی بر سالمندان انجام دادند. آنان معتقدند که گروه‌درمانی به شیوه‌ی معنایی در افراد سالمند با بیان سرگذشت زندگی خود به طور موفقیت‌آمیزی باعث معنایی و معنویت در پایان زندگی آنان می‌شود.

در کل می‌توان گفت سالمندان بیشتر از افراد دیگر نیازمند دریافت کمک‌های روان‌شناختی برای کنار آمدن به احساس تنهایی و اضطراب ناشی از نزدیک شدن به مرگ می‌باشند، و از آنجا که تاکنون پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان وجودی بر احساس تنهایی و اضطراب سالمندان در داخل کشور نپرداخته است، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان وجودی بر احساس تنهایی و اضطراب مرگ سالمندان می‌باشد.

¹ Loneliness Scale (LS)

لیکرت از یک (بی‌اهمیت) تا پنج (خیلی زیاد) نمره‌گذاری شده است. دامنه‌ی نمره‌ها برای هر مقیاس فرعی، بین ۸ تا ۴۰ امتیاز و در کل بین ۳۲ تا ۱۶۰ امتیاز است. نقطه‌ی برش پرسشنامه ۸۰ می‌باشد (لستر، ۱۹۹۴). در ایران نیز برای اولین بار طی پژوهشی، نادری و اسماعیلی از این پرسشنامه استفاده کردند و آلفای کرونباخ ۰/۸۹ را گزارش دادند (نادی و اسماعیلی، ۱۳۸۸).

پروتکل درمانی درمان وجودی. در این پژوهش سالمندان بر اساس بسته‌ی آموزشی-درمانی محقق ساخته بر اساس نظریه‌ی درمان وجودی مدل فرانکل (۱۹۶۸) و می (۱۹۷۷) مورد مداخله قرار گرفتند که خلاصه‌ای از پروتکل درمانی در جدول شماره‌ی ۱ ارائه گردیده است.

که در گروهی از سؤالات خیلی زیاد نمره‌ی صفر، زیاد ۱، متوسط ۲، کم ۳ و خیلی کم ۴ می‌گیرد و برای گروه دیگری از سؤالات به طور معکوس نمره‌گذاری می‌شود. نقطه‌ی برش پرسشنامه ۹۷ می‌باشد که نمرات بالاتر از ۹۷ نشان‌دهنده‌ی وجود احساس تنهایی در افراد است.

پرسش‌نامه‌ی ترس از مرگ. کالتلستر فرم ابتدایی این مقیاس را در سال ۱۹۶۹ طراحی کرد. مقیاس بازنگری شده‌ی اضطراب مرگ کالتلستر ابزار خودسنجی برای اندازه‌گیری میزان ترس و اضطراب مربوط به مرگ است. این مقیاس، حاوی ۳۲ گویه در ۴ مقیاس فرعی است. این ۴ مقیاس عبارت از مرگ خود، مردن خود، مرگ دیگران و مردن دیگران است. هر مقیاس فرعی ۸ گویه دارد که بر مبنای معیار درجه‌بندی

جدول ۱

شرح مختصر جلسات درمان وجودی

جلسه اول	در این جلسه برای اولین بار گروه به طور رسمی فعالیت خود را شروع می‌کند. در جوی دوستانه گروه با یکدیگر آشنا می‌شوند و با همکاری همدیگر شروع به تدوین قوانینی برای گروه می‌کنند. هدف از این جلسه آشنایی رهبر و اعضا با همدیگر و بیان قوانین و دلایل تشکیل گروه بود. در پایان این جلسه به عنوان تکلیف جلسه‌ی اول از هر یک از اعضا خواسته شد تا در برگ‌های مخصوص، ویژگی‌ها و خصوصیات و صفات مربوط به خود را مشخص کنند.
جلسه دوم	ابتدا مرور اجمالی جلسه‌ی اول، بررسی تکلیف ارائه شده، به چالش کشاندن پاسخ اعضا به سؤال «من چه کسی هستم؟» و پس از آن بحث در مورد مفهوم خودآگاهی در گروه. هر یک از اعضا نظرهای خود را درباره‌ی آن بیان کردند و از دیدگاه وجودی خودآگاهی بررسی شد. سرانجام تکلیفی متناسب با بحث جلسه به اعضا ارائه شد.
جلسه سوم	پرداختن به تکلیف و مباحث جلسه‌ی قبل، اجرای فن «خط عمر» توسط همه‌ی اعضا و گفتگو درباره‌ی آن، بررسی تفکر و نگرش اعضا نسبت به مرگ و نیستی، به چالش کشاندن نگرش اعضا توسط رهبر، جمع‌بندی و ارائه‌ی تکلیف. از اعضا خواسته شد برای جلسه‌ی آینده از دید پدیدارشناختی خود، توصیفی از ویژگی‌های مرگ را بیان کنند.
جلسه چهارم	مرور تکالیف و مباحث جلسه‌ی قبل، بررسی تجارب اعضا درباره‌ی فقدان و سوگ و ارائه‌ی بازخورد، مواجهه تجسمی اعضا با مرگ، تشریح نقش مرگ در زندگی توسط رهبر گروه و مشارکت اعضا، خلاصه کردن و جمع‌بندی جلسه، تکلیف این جلسه برای جلسه‌ی آینده این بود که از هر یک از اعضا خواسته شد تا اعلامیه‌ی فوتی را از مرگ خود یا مرگ هر کسی که نسبت به آن بسیار زیاد حساس هستند برای هفته‌ی آینده طراحی کنند.
جلسه پنجم	مرور جلسه‌ی گذشته، پرداختن به مفاهیم آزادی، حق انتخاب و وجود محدودیت‌ها، بررسی تجارب اعضا در مورد موقعیت‌های چالش‌برانگیز آزادی در انتخاب، تشریح ارتباط بین آزادی و مسئولیت توسط رهبر و دادن تکلیف مرتبط با جلسه.
جلسه ششم	بررسی تکلیف داده شده، بررسی پاسخ اعضا به سؤال‌های «آیا من انسان تنهایی هستم؟» و «آیا تنهایی رنج‌آور است؟» و به چالش کشاندن آنها، تشریح مفهوم تنهایی طبق دیدگاه وجودی توسط رهبر، جمع‌بندی و ارائه‌ی تکلیف به اعضا.
جلسه هفتم و هشتم	بررسی تکلیف ارائه شده، بررسی پاسخ اعضا به سوال‌های «آیا زندگی دارای هدف و معنا است؟» و «من برای چه زندگی می‌کنم؟»، بحث درباره‌ی آنها و ارائه‌ی بازخورد، پرداختن به تجارب اعضا درباره‌ی احساس پوچی و بیهودگی، جمع‌بندی مباحث جلسه.
جلسه نهم	اعضا در مورد مسائلی که می‌تواند بر افکار و احساسات فرد مؤثر باشد به گفتگو نشستند. از تصویرسازی ذهنی استفاده شد. به این ترتیب از اعضا خواسته شد تا یکی از موقعیت‌های موفقیت یا شکست خود را تصور کنند و بگویند که چه کسی را مسئول آن می‌دانند؟ چه احساسی نسبت به آن دارند؟ از اینکه مسئولیت رفتارهای خود را می‌پذیرند چه احساسی دارند؟ پرداختن به این مباحث و نتیجه‌گیری با کمک اعضا.
جلسه دهم	تشریح مباحث مطرح شده در جلسات گذشته توسط اعضا، تبیین ارتباط و پیوند بین مفاهیم خودآگاهی، تنهایی، آزادی و مسئولیت، مرگ و بی‌معنایی توسط رهبر و اعضا، اشاره به فرایند گروه از آغاز تا پایان، و در انتها اختتام گروه.

روش اجرا

پس از کسب مجوز از اداره‌ی بهزیستی استان کردستان، ابتدا پرسشنامه‌های احساس تنهایی و اضطراب مرگ توسط کلیه‌ی سالمندان تکمیل گردید و از بین سالمندانی که نمره‌ی برابر یا بالاتر از نقطه‌ی برش در پرسشنامه‌های احساس تنهایی (۹۷) و اضطراب مرگ (۸۰) کسب کرده بودند ۳۰ نفر به طور تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین گردیدند. سپس گروه آزمایش ۱۰ جلسه‌ی یک ساعته تحت درمان وجودی قرار گرفتند. در حالی که افراد گروه کنترل هیچ گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. در پایان مداخله هر دو گروه به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. به منظور رعایت اصول اخلاقی به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آنها به صورت کاملاً محرمانه باقی خواهد بود و آنان اختیار کامل

دارند در پژوهش شرکت نکنند یا در هر مرحله که بخواهند از ادامه‌ی پژوهش انصراف دهند. پروتکل درمان توسط کارشناس ارشد مشاوره که در زمینه‌ی درمان وجودی دوره‌های آموزشی را گذارنده بود اجرا شد. اطلاعات حاصل از پرسشنامه‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه‌ی ۲۲ و روش آماری تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر میانگین سنی زنان سالمند ۶۹ سال با انحراف معیار ۵/۳۰۳ و مردان سالمند ۷۱ سال با انحراف معیار ۵/۰۷۷ بود. ۷۰ درصد زنان و ۶۵ درصد مردان بی‌سواد و کم سواد و محل سکونت همگی آنها سرای توانبخشی سالمندان ثارا بود.

جدول ۲

اطلاعات توصیفی مربوط به احساس تنهایی و اضطراب مرگ در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	آزمایش		کنترل	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
	میانگین(انحراف معیار)	میانگین(انحراف معیار)	میانگین(انحراف معیار)	میانگین(انحراف معیار)
احساس تنهایی				
خانوادگی	۰/۵۱(۱/۵۶)	۰/۴۳(۱/۵۰)	۰/۴۵(۱/۷۸)	۰/۴۰(۱/۵۹)
عاطفی	۰/۳۳(۱/۸۶)	۰/۲۲(۱/۶۰)	۰/۵۰(۲/۲۰)	۰/۴۴(۲/۱۱)
دوستان	۰/۶۲(۲/۵۳)	۰/۳۳(۲/۰۸)	۰/۵۲(۳/۰۴)	۰/۳۵(۳/۱۰)
اضطراب مرگ				
مرگ خود	۰/۳۷(۱/۳۶)	۰/۳۱(۲/۶۴)	۰/۴۱(۲/۰۴)	۰/۴۳(۲/۱۱)
مردن خود	۰/۳۵(۱/۵۴)	۰/۳۰(۲/۰۱)	۰/۳۲(۱/۵۹)	۰/۲۹(۱/۶۱)
مرگ دیگران	۰/۵۲(۱/۴۳)	۰/۴۰(۲/۶۷)	۰/۲۵(۰/۲۱)	۰/۲۹(۱/۳۳)
مردن دیگران	۰/۳۴(۱/۸۷)	۰/۴۲(۲/۹۲)	۰/۳۷(۲/۱۱)	۰/۳۹(۲/۲۰)

جدول ۲ نشان می‌دهد که در کل، شرکت‌کنندگان نشانه‌های احساس تنهایی و اضطراب مرگ و زیرمؤلفه‌های آنها به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش یافته است. همچنین نتایج تجزیه و تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای مقایسه‌ی میانگین نمره‌های احساس تنهایی و اضطراب مرگ در پس‌آزمون در لامبدای ویلکز ($F=34/831, P<0/05$),

معنادار می‌باشد که مشخص می‌گردد درمان وجودی بر احساس تنهایی و اضطراب مرگ اثربخش بوده است. بنابراین تحلیل کوواریانس تک متغیری در بطن تحلیل کوواریانس چندمتغیری گزارش می‌شود تا مشخص گردد که اثربخشی مربوط به کدام متغیر است.

جدول ۳

تحلیل کواریانس اثربخشی درمان وجودی بر احساس تنهایی و خرده مقیاس‌های آن

خرده مقیاس	منابع تغییر	مجموع مجزورات	میانگین مجزورات	نسبت F	حجم اثر
خانوادگی	پیش‌آزمون	۹۰۱/۸۳۰	۹۰۱/۸۳۰	۷۵/۲۷۹	۰/۶۱۶
	گروه	۳۳۰/۰۳۶	۳۳۰/۰۳۶	۲۷/۵۴۹	۰/۳۷۰
عاطفی	پیش‌آزمون	۸۹۲/۰۵۰	۸۹۲/۰۵۰	۶۸۶/۵۲۸	۰/۸۲۷
	گروه	۱۶۱/۸۸۸	۱۶۱/۸۸۸	۱۲۴/۵۹۰	۰/۷۱۶
دوستان	پیش‌آزمون	۸۹۲/۰۵۰	۸۹۲/۰۵۰	۸۹۲/۰۵۰	۰/۸۳۶
	گروه	۱۶۱/۸۸۸	۱۶۱/۸۸۸	۱۶۱/۸۸۸	۰/۷۲۶

درجه آزادی=۱، سطح معناداری=۰/۰۰۱

احساس تنهایی سالمندان و تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ میزان احساس تنهایی در پس‌آزمون مورد تأیید قرار می‌گیرد.

با توجه به نتایج جدول ۳، پس از تعدیل نمره‌های پیش‌آزمون، تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل در خرده مقیاس‌ها در سطح آلفای ۰/۰۱ معنادار است. بنابراین فرضیه‌ی پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان وجودی بر

جدول ۴

تحلیل کواریانس اثربخشی درمان وجودی بر اضطراب مرگ و خرده مقیاس‌های آن

خرده مقیاس	منابع تغییر	مجموع مجزورات	میانگین مجزورات	نسبت F	سطح معناداری	حجم اثر
مرگ خود	پیش‌آزمون	۸۹۲/۰۵۰	۸۹۲/۰۵۰	۸۹۲/۰۵۰	۰/۰۰۱	۰/۹۳۶
	گروه	۱۶۱/۸۸۸	۱۶۱/۸۸۸	۱۶۱/۸۸۸	۰/۰۰۱	۰/۷۲۶
مردن خود	پیش‌آزمون	۴۴۲/۵۴۷	۴۴۲/۵۴۷	۱/۶۹۷	۰/۰۰۱	۰/۸۱۹
	گروه	۳۳۳/۶۷۶	۳۳۳/۶۷۶	۱۸/۹۱۵	۰/۰۰۱	۰/۷۷۳
مرگ دیگران	پیش‌آزمون	۸۷۷/۷۲۶	۸۷۷/۷۲۶	۸۱/۱۵۷	۰/۰۰۱	۰/۷۵۰
	گروه	۷۴۷/۵۷۲	۷۴۷/۵۷۲	۶۹/۱۲۳	۰/۰۰۱	۰/۷۱۹
مردن دیگران	پیش‌آزمون	۳۲۷/۲۶	۲۷/۲۶	۹/۳۴۹	۰/۰۰۳	۰/۶۴۲
	گروه	۲۳۴/۳۷	۲۳۴/۳۷	۶/۷۳۲	۰/۰۱۸	۰/۲۶۲

درجه آزادی=۱

پژوهش نشان داد که بین میانگین‌های تعدیل شده‌ی گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون از لحاظ احساس تنهایی و اضطراب مرگ تفاوت معناداری وجود دارد. بدین صورت که درمان وجودی باعث کاهش قابل ملاحظه‌ای بر احساس تنهایی و اضطراب مرگ گروه آزمایش شده بود. یافته‌های پژوهش حاضر با پژوهش‌های رنجبران و همکاران (۱۳۹۴)، کجباف و همکاران (۱۳۹۴)، سودانی و همکاران (۱۳۹۱)، اصغری و همکاران (۱۳۹۱)، ربکا و جیانگ (۲۰۱۱)، اسپیک، نوکلک، سوپرس و پپ (۲۰۰۸)، و بریتبار، گیسون، برگ (۲۰۰۴) همسو می‌باشد. در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان گفت تمایل برای صمیمیت بین

با توجه به نتایج جدول ۴، پس از تعدیل نمره‌های پیش‌آزمون، تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل در خرده مقیاس‌ها در سطح آلفای ۰/۰۱ معنادار است. بنابراین فرضیه‌ی پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان وجودی بر اضطراب مرگ سالمندان و تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ میزان اضطراب مرگ در پس‌آزمون مورد تأیید قرار می‌گیرد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر عبارت بود از بررسی درمان وجودی بر احساس تنهایی و اضطراب مرگ در سالمندان. نتایج

در تبیین اثربخشی درمان وجودی بر اضطراب مرگ در سالمندان، می‌توان به جنبه‌های مختلفی اشاره کرد. اضطراب یکی از مسائل شایع دوره‌ی سالمندی است، زیرا این دوره مملو از انواع احساس کمبودها و ناتوانی‌ها می‌باشد. به عبارتی دیگر، سالمندان به علت کاهش اعتماد به نفس، نقصان فعالیت و تحرک، از دست دادن دوستان و نزدیکان، کاهش استقلال مادی و جسمانی و ابتلا به بیماری‌های مزمن، در معرض افسردگی و اضطراب بیشتری قرار دارند (چوپ، ۲۰۰۹). مرگ موضوعی است که هر فردی لاجرم به درجات مختلف با آن درگیری ذهنی خواهد داشت. افرادی که عقاید مشخصی راجع به مرگ دارند، به‌ویژه عقاید مذهبی و بر اساس این عقاید، مرگ را تجربه‌ای عادی و آغاز زندگی بهتری می‌دانند، مطمئناً بسیار کمتر از افرادی که هیچ جهت‌گیری یا عقیده‌ی خاصی در مورد زندگی پس از مرگ ندارند، دچار اشتغال و تعارض ذهنی در مورد مسأله‌ی مرگ خواهند شد. در واقع اضطراب، محصول طبیعی چنین ابهامی نسبت به مرگ خواهد بود، زیرا اضطراب یک واکنش طبیعی به خطر یا تهدیدی مبهم محسوب می‌شود. بزرگترین تهدیدی که یک فرد در زندگی خود تجربه می‌کند، تهدید زندگی خود یا به عبارتی از دست دادن زندگی خویش است (قربانعلی‌پور و اسماعیلی، ۱۳۹۱). لذا هنگامی که مرگ، ختم مطلق زندگی قلمداد می‌شود، مطمئناً شدیدترین اضطراب‌ها را برای فرد به همراه دارد. هرچند افراد در چنین شرایطی می‌توانند با درگیری در روزمرگی، ذهن خود را از این نگرانی و اضطراب غافل کنند، اما هیچگاه صورت مسأله پاک نخواهد شد و همواره در موقعیت‌های مختلف ذهن فرد، مستعد بروز این تعارض خواهد بود. از اینرو در این پژوهش سعی شد در جریان مداخله، این موضوع در مرکز توجه قرار بگیرد و هر یک از اعضای تحت مداخله نسبت به ابعاد مختلف تعارض ذهنی خود در مورد مرگ، بینش دقیقی پیدا کنند. در مرحله‌ی بعد با ارائه‌ی شواهدی عینی و واقع‌بینانه از افرادی که جنبه‌ی ماورایی مرگ را تجربه کرده و برای آنها ثابت شده است که مرگ پایان مطلق زندگی نیست، به اعضا کمک شد تا نگرش خود را به مقوله‌ی مرگ دوباره ارزیابی و سازماندهی کنند، به‌گونه‌ای که مرگ را پایان زندگی در

فردی با هر انسانی از زمان تولد تا مرگ وجود دارد و هیچ انسانی نیست که به دلیل از دست دادن آن مورد تهدید قرار نگیرد. انسان با نیاز به ارتباط و صمیمیت متولد می‌شود. هنریش و گالن (۲۰۰۶) معتقدند هسته‌ی اصلی بیشتر اختلال‌های عاطفی، احساس انزوا و تنهایی است. این امر به خصوص در افراد سالمند نمود بیشتری دارد. آدمیان موجودات اجتماعی هستند و به پشتیبانی آرامش و اطمینان خاطری که در همکاری‌های گروهی از جانب دیگران فراهم می‌شود نیاز دارند. از طریق بیان نگرانی‌های خود در گروه غالباً می‌توانیم مشکلات خود را واضح‌تر ببینیم. گروه‌درمانی سالمندان فرصتی است برای حمایت متقابل و وسیله‌ای است برای کمک به بیمار برای مقابله‌ی مؤثر با استرس و سازش با منابع کاهنده‌ی زندگی. اعضای گروه رفاقت‌های تازه‌ای را در زمان فقدان دوستان قدیم و بالا بردن احترام و اعتماد به نفس پیدا می‌کنند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷). سالمندان در این شرایط می‌توانند معنای مناسبی در زندگی بیابند، واکنش خویش را آزادانه برای موقعیت‌های پیش رو انتخاب کنند و مسئولانه نتایج اعمال و انتخاب‌های خود را بپذیرند. در این فرایند آنها متوجه می‌شوند که رنج دوری از فرزندان و طرد شدن از سوی آنها، غم و اندوه، کمبودها، بیماری‌ها و مشکلات جسمانی اجتناب‌ناپذیر است و فقط یک فرصت باقی می‌ماند که در این موقعیت شیوه‌ی نگرش و طرز برخوردشان با مشکل و تحمل مصائب را تغییر دهند، با معنادار کردن به رنج‌ها و دردها بر از دست رفته‌ها تمرکز نکنند و با توجه به گذرا بودن زندگی، وقت، عمر و امکانات خود را صرف کیفیت بخشیدن به زندگی و نه کمیت آن کنند و با نگاهی خوشبینانه به آینده، تعیین اهداف، ارزش‌ها و طرح‌ریزی برنامه‌های جدید در زندگی جرأت روبه‌رو شدن صادقانه و حقیقی با زندگی را پیدا کنند. می‌توان گفت آگاهی و درک جدیدتر و عمیق‌تری که برای سالمندان ایجاد می‌شود آنان را ترغیب می‌کند که امیدوارانه و با انگیزه‌تر به زندگی خود ادامه دهند. همچنین می‌آموزند که با تمرکز نکردن به زمان و چگونگی مرگ خود زندگی هدفمندتری داشته باشند.

سپاس‌گزاری

از کلیه‌ی همکارانی که ما را در اجرای این پژوهش یاری دادند کمال تشکر را داریم.

منابع

اصغری، ن.، علی‌اکبری، م.، و دادخواه، ا. (۱۳۹۱). معنادرمانی گروهی به عنوان روش توانبخشی کاهش افسردگی زنان سالمند. *مجله‌ی مطالعات ناتوانی*، ۲(۳۸)، ۳۱-۱.

حسن‌آبادی، ح. (۱۳۸۵). *مقایسه میزان اثربخشی سه روش گروه درمانی (عقلانی-عاطفی، وجودی-انسان‌گرایانه، معنوی-مذهبی) در افزایش عزت نفس زندانیان مرد زندان مرکزی مشهد (پایان‌نامه دکترای چاپ شده)*. دانشگاه تربیت معلم، تهران.

دهشیری، غ. ر.، برجعلی، ا.، شیخی، م.، و حبیبی‌عسکری‌آباد، م. (۱۳۸۷). ساخت و اعتباریابی مقیاس احساس تنهایی در بین دانشجویان. *فصلنامه روانشناسی*، ۱۲(۴۷)، ۲۸۲-۲۹۶.

رنجبران، ش.، کیانی، ل.، زارع، م.، و شایقیان، ز. (۱۳۹۴). اثربخشی معنادرمانی گروهی بر احساس تنهایی زنان سالمند مقیم سرای سالمندان. *مجله دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۱۶(۳)، ۴۰-۲۸.

سادوک، ب. ج.، سادوک، و. آ.، و روئیز، پ. (۱۳۸۷). *خلاصه‌ی روان‌پزشکی: علوم رفتاری/روان‌پزشکی بالینی* (ترجمه ف. رضاعی). تهران: انتشارات ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۷)

سودانی، م.، شجاعی، م.، و نیسی، ع. (۱۳۹۱). اثربخشی معنادرمانی گروهی بر احساس تنهایی مردان بازنشسته. *مجله پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*، ۱(۲)، ۵۴-۴۳. عنظری، م. و ضرغامی، س. (۱۳۸۸). *روان‌درمانی وجودی: درمان فردی و گروهی*. تهران: نشر پازینه.

فخار، ف.، نوایی‌نژاد، ش.، و فروغان، م. (۱۳۸۷). تأثیر مشاوره‌ی گروهی با رویکرد معنادرمانی بر سطح سلامت روان زنان سالمند. *مجله‌ی سالمندی ایران*، ۳(۷)، ۶۷-۵۸.

فرانکل، و. (۱۳۸۶). *انسان در جستجوی معنی* (ترجمه ا. معارفی). تهران: انتشارات دانشگاه تهران. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۶۷)

قربانعلی‌پور، م.، و اسماعیلی، ع. (۱۳۹۱). تعیین اثربخشی معنادرمانی بر اضطراب مرگ در سالمندان. *فرهنگ مشاوره*، ۳(۹)، ۶۸-۵۳.

نظر نگیرند. همانطور که نتایج این پژوهش نیز نشان داد، چنین بینشی به مرگ تا حد زیادی از اضطراب مرگ می‌کاهد. زیرا در این صورت مرگ مهم‌ترین تهدید علیه مهم‌ترین دارایی انسان یعنی زندگی و هستی قلمداد نمی‌شود. حتی افرادی که اعتقادات مذهبی راسخی ندارند، همین که این اطمینان را پیدا می‌کنند که بعد از مرگ زندگی آنها پایان نمی‌یابد بلکه ماهیت آن تغییر می‌کند، احساس اضطراب کمتری نسبت به مرگ خواهند داشت. البته در این صورت نیز انتظار نمی‌رود که میزان اضطراب افراد نسبت به مرگ به درجه‌ی صفر برسد، زیرا حتی با وجود چنین بینشی باز هم مرگ نقطه‌ی پایان تمام تعلقات، عادت‌ها، لذت‌ها، روابط بین فردی و همه‌ی امور مأنوس و خوشایند زندگی انسان در این دنیا قلمداد می‌شود و از سوی دیگر به خصوص برای افرادی که عقاید مذهبی روشنی در مورد زندگی بعد از مرگ ندارند، درجات زیادی از ابهام در مورد زندگی پس از مرگ وجود دارد. اگرچه ارائه‌ی شواهد عینی در مورد تجارب افرادی که تا حدودی زندگی پس از مرگ را تجربه کرده‌اند، شک نسبت به زندگی بعد از مرگ را تا حدودی رفع می‌کند، اما باز هم درک روشنی از ماهیت و کیفیت زندگی پس از مرگ در اختیار افراد قرار نمی‌دهد. زیرا در این صورت، افراد اگرچه ممکن است به این اطمینان برسند که زندگی، بعد از مرگ نیز جریان دارد ولی از این موضوع اطمینان ندارند که کیفیت زندگی پس از مرگ لزوماً مطلوب و خوشایند باشد. بنابراین این ابهام باز هم ممکن است به اضطراب و ترسی مبهم در مورد زندگی بعد از مرگ منجر شود، ولی میزان این اضطراب نسبت به زمانی که اساس زندگی پس از مرگ انکار می‌شود کمتر خواهد بود. از اینرو این پژوهش سعی داشت که علاوه بر ارائه‌ی شواهد عینی در مورد مرگ، بر جنبه‌های عقیدتی و معنوی در مورد مرگ نیز تمرکز کند. از جمله محدودیت‌های پژوهش تفاوت‌های فردی و ذاتی در میزان تأثیر درمان و همچنین شرایط روحی و روانی واحدهای پژوهش در هنگام تکمیل پرسشنامه که در نمره پس‌آزمون آنها ممکن است تأثیر بگذارد که خارج از کنترل پژوهشگر بود و همچنین محدود بودن زمان مداخله و عدم مقایسه با درمان‌های دیگر می‌باشد. بنابراین پیشنهاد می‌شود از درمان‌های دیگر برای تعیین اثربخش بودن درمان‌ها استفاده شود.

- Asher, S.R., & Wheeler, V.A. (1985). Children's loneliness: A comparison of rejected and neglected peer status. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53(2), 500-505.
- Breitbar, W., Gibson, C. & Berg, A. (2004). Psychotherapeutic intervention at the end of life: a focus on meaning and spirituality. *The Journal of lifelong in Psychiatry*, 49(6), 336-372.
- Chiang, K.J., Chu, H., Chang, H.J., Chung, M.H., Chen, C.H., Chiou, H.G., & Chou, K.R. (2009). The effect of reminiscence therapy on psychological well-being, depression, and loneliness among the institutionalized aged. *Journal of geriatric psychiatry*, 25(4), 380-388.
- Chop W.C., Farrell, G., & Miller, W.C. (2001). Social aspect of aging in Nursing care of older person. Philadelphia: McGraw Hill. p. 1115-1129.
- Corey, G. (2005). *Theories and Practice of Counseling and Psychotherapy* (7th Ed.). New York: Brooks/Cole.
- Corey, G., & Corey, M. (1992). *Group Techniques* (2nd Ed.). New York: Brooks/Cole.
- Corsini, R.J. (2008). *Handbook of Innovative Therapies* (2nd Ed.). New York: John Wiley.
- Dams, K., Sanders, S., & Auth, E. (2004). Loneliness and depression in independent living retirement communities: risk and resilience factors. *Aging and Mental Health*, 8(1), 475-485.
- Ditomaso, E., & Spinner, B. (1997). Social and emotional loneliness. *Personality and Individual Differences*, 22(2), 417-427.
- Fountoulakis, K. N., Siamouli, M., Magiria, S., & Kaprinis, G. (2008). Late-life depression, religiosity, cerebrovascular disease, cognitive impairment and attitudes towards death in the elderly: Interpreting the data. *Medical hypotheses*, 70(3), 493-496.
- Gailliot, M., Schmeichel, B. J., & Baumeister, R. F. (2006). Self-regulatory processes defend against the threat of death: Effects of self-control depletion and trait self-control on thoughts and fears of dying. *Journal of personality and social psychology*, 91(1), 49-62.
- قلی‌زاده، الف، و شیروانی، ی. (۱۳۸۹). عوامل فردی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی با نرخ رضایت از زندگی سالمندان شهر اصفهان. *مجله جامعه‌شناسی کاربردی*، ۲۱(۳۷)، ۶۹-۸۲.
- کجیاف، م.، قاسمیان‌نژاد چهارمی، ع.، و احمدی فروشانی، ح. (۱۳۹۴). تأثیر گروه درمانی معنوی و وجودی بر میزان افسردگی، اضطراب مرگ و باور به ادامه‌ی حیات پس از مرگ با تکیه بر گزارشهای افراد تجربه‌کننده‌ی مرگ در دانشجویان. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۴(۱۶)، ۴-۱۳.
- میرزائی، م.، و قهفخوری، م. ش. (۱۳۸۶). جمعیت‌شناسی سالمندان در ایران بر اساس سرشماریهای ۱۳۳۵-۱۳۸۵. *مجله سالمندی ایران*، ۲(۵)، ۳۲۶-۳۲۱.
- نادی، ف.، و اسماعیلی، ا. (۱۳۸۸). رابطه‌ی اضطراب مرگ و اندیشه‌پردازی خودکشی با احساس ذهنی بهزیستی در دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز. *یافته‌های روانشناسی*، ۹(۱۸)، ۳۳۱۳-۳۳۰۸.
- نوحی، ع.، کریمی، و ایران‌منش، ص. (۱۳۹۲). مقایسه ترس از مرگ در سالمندان ساکن منازل با سالمندان ساکن سرای سالمندان شهر اصفهان. *مجله سالمندی ایران*، ۸(۳۱)، ۳۱-۲۴.
- همتی علمدارلو، ق.، دهشیری، غ.، شجاعی، س.، و حکیمی‌راد، ا. (۱۳۸۸). مقایسه احساس تنهایی و سلامت عمومی در سالمندان ساکن خانواده و سرای سالمندان مناطق شمال شهر تهران. *مجله‌ی سالمند ایرانی*، ۳(۸)، ۵۶۴-۵۵۷.
- Abdel-Chalk, A.M. (2009). Why do we fear death? The construction and validation of the reasons for death fear scale. *Death Studies*, 26(8), 669-680.
- Abitov Ildar, R., & Gorodetskaya Inna, M. (2016). Self-Regulation and Experience of Loneliness of Elderly People Who Live in Social Care Residences. *International Journal of Environmental and Science Education*, 11(6), 1021-1029.
- Alpass, F. M., & Neville, S. (2010). Loneliness, Health and Depression in older males. *Journal Aging & Mental health*, 7(23), 212-216.
- Asakawa, K., Feeny, D., Senthilselvan, A., Johnson, J. A., & Rolfsonm D. (2009). Do the determinants of health differ between people living in the community and in institutions? *Social Science & Medicine*. 69(3), 345-53.

- Gire, J. T. (2002). How Death Imitates Life: Cultural Influences on Conceptions of Death and Dying. In W. J. Lonner, D. L. Dinnel, S. A. Hayes, D. N. Sattler (Eds.). *Online Readings in Psychology and Culture. Center for Cross Cultural Research*. Bellingham: Western Washington University.
- Henrich, L.M., & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: a literature review. *Clinical Psychology Review, 26*(1), 695-718.
- Kaisa, E., Sirpa, H., & Irma, N. (2016). Is Loneliness Associated with Malnutrition in Older People? *International Journal of Gerontology, 10*(1), 43-45.
- Kim, S., & Park, K. S. (2016). A Meta-Analysis on Variables related to Death Anxiety of Elderly in Korea. *Korean Journal of Adult Nursing, 28*(2), 156-168.
- Korte, P.D. (1985). Registered nurses' anxiety about the process of dying and death: A research study. *The American journal of hospice care, 2*(4), 27-30.
- Lee, D. T. F., Woo, J., & Mackenzie, A. E. (2002). A review of older people's experiences with residential care placement. *Journal of Advanced Nursing, 37*(1), 19-27.
- Leibing, A., Guberman, N., & Wiles, J. (2016). Liminal homes: Older people, loss of capacities, and the present future of living spaces. *Journal of Aging Studies, 37*(2), 10-19.
- Lester, A. (1994). *Death Anxiety Handbook*. Washington: Taylor and Francis.
- Luo, Y., & Waite, L. J. (2014). Loneliness and Mortality among Older Adults in China. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 69*(4), 633-645.
- Madnawat, A. V. S., & Kachhawa, P. S. (2007). Age, gender, and living circumstances: Discriminating older adults on death anxiety. *Death Studies, 31*(8), 763-769.
- May, R. (1977). *The meaning of anxiety* (Rev. Ed.). New York: Norton.
- McInnis, G. J., & White, J. H. (2001). A phenomenological Exploration of Loneliness in the older Adult. *Archives of psychiatric Nursing, 20*(3), 128-139.
- Rebecca, P., & Jiaqing, O. (2011). Association Between Caregiving in Life, Life Satisfaction and Quality of life, Beyond 50 in an Asian Sample: Age as a Moderator. *Social Indicators Research, 108* (3), 525-534.
- Roger J. S, Michele, Y. W, Sue, R., Gail, J., & Josephine, M. C. (2016). Knowing, planning for and fearing death: Do adults with intellectual disability and disability staff differ? *Journal of Research in Developmental Disabilities, 49*(12), 47-59.
- Routasalo, P.E., Savikko, N., Tilvis, R.S., Strandberg, T.E., & Pitkala, K.H. (2006). Social contacts and their Relationship to Loneliness among people- a population Based study. *Gerontology, 52*(2), 181-187.
- Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (Eds). (2007). *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry*. Lippincott Wilkins: Wolters Kluwer.
- Saini, P., Patidar, A. B., Kaur, R., Kaur, M., & Kaur, J. (2016). Death Anxiety and Its Associated Factors among Elderly Population of Ludhiana City Punjab. *Indian Journal of Gerontology, 30*(1), 101-110.
- Snyder, C. R., & Ingram, R. E., (2000). *Handbook of psychological change*. New York: John Wiley and sons.
- Speke, V., Nyklicek, I., Cuijpers, P., & Pop, V. (2008). Predictor of Outcome of group and internet based cognitive behavior therapy. *Journal of Affective Disorder, 9*(4), 97-137.
- Stancliffe, J. R., Wiese, M. Y., Read, s., Jeltel, G., & Clayton, M. J. (2016). Knowing, planning for and fearing death: Do adults with intellectual disability and disability staff differ. *Research in Developmental Disabilities, 49*(4), 47-59.
- Udo, C., Melin-Johansson, C.H., & Danielson, E. (2011). Existential Issues Among Health Care Staff in Surgical Cancer Care Discussions in Supervision Sessions. *European Journal of Oncology Nursing, 15*(3), 447-453.
- Werner, S., & Dimitris, M. (2015). The lost *Gemeinschaft*: How people working with the elderly explain loneliness. *Journal of Aging Studies, 33*(2), 1-10.
- Whelen, S. M., Heather, B., Michelle Feltz, R., & Whelen, M. (2016). Loneliness among People with Spinal Cord Injury: Exploring the Psychometric Properties of

- the 3-item Loneliness Scale. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 97(10), 1728-1734.
- Winningham, R., & Pike, N. (2007). A cognitive intervention to enhance institutionalized older adults' social support networks and decrease loneliness. *Aging & mental health*, 11(6), 716-721.
- Yalom, I. D., & Vinograd, J. D. (1988). Bereavement group: Techniques and Themes. *International Journal of Group Psychotherapy*, 38(3), 419-445.

Effectiveness of Existential Therapy on Loneliness and Death Anxiety in the Elderly

Esmail Sadri Damirchi, Ph.D ✉
University of Mohaghegh Ardabili

Shookufeh Ramazani
University of Mohaghegh Ardabili

Received: 2016.07.02

Accepted: 2016.05.11

In recent years the elderly population considerably has increased. The elderly population due to decreased of activity and mobility, the loss of friends and relatives, reducing of social protection, physical weakness and social exclusion more experience feelings such as loneliness and death anxiety. The purpose of this study was to determine the effectiveness of existential therapy on loneliness and death anxiety in the elderly. This research method was quasi-experimental with pretest-posttest and control group. The study population consisted all older people living in nursing rehabilitation home in Ara center at 2015-16 in Sanandaj. Firstly, loneliness and death anxiety questionnaire was completed by all the elderly and then among them who had earned an equal or above score from cut point in loneliness and anxiety questionnaires, thirty subjects were randomly selected and randomly assigned in experimental (n=15) and control groups (n=15). Then, the existential therapy was administered for experimental group in 10 sessions and the control group was not receiving any training. Finally posttest was conducted for experimental and control groups. Data was analyzed by using the covariance analysis. Results showed that the existential therapy had been effective on decreasing of feeling of loneliness and death anxiety in experimental group. Thus, the need for use of treatments focused on the mood and emotional problem of elderly population especially reducing of loneliness and death anxiety is necessary.

Keywords: Existential therapy, loneliness, death anxiety, elderly

Esmail Sadri Damirchi, assistant professor, Dept. of educational sciences, faculty of educational sciences and psychology, university of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, I.R. Iran. Shookufeh Ramazani, M.A. in Family Counseling, faculty of educational sciences and psychology, university of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, I.R. Iran.

✉Correspondence concerning this article should be addressed to Esmail Sadri Damirchi, assistant professor, Dept. of educational sciences, faculty of educational sciences and psychology, university of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, I.R. Iran.

Email: e.sadri@uma.ac.ir